



確 認 書

私は、担当ホメオパス_____より、検査・診断等の
必要性の説明を受け、医療機関への受診を勧められましたが、
私自身の判断と選択により、現代医学の治療を受けません。

※この文書は必要な場合には公的機関への提出が行われることを
了解いたします。

年 月 日

氏名 _____

印

必要な場合には、家族の了解も得、以下に家族のサインも記載願います。

ご家族の氏名 _____

印

日本ホメオパシー医学協会倫理規定 第3条より

「本協会認定ホメオパスは、クライアントが病院での検査、診察等（以下、検診という）を受けることに否定的であってはならない。病院での検診が必要と判断される場合は、速やかにその旨をクライアントに伝えなければならない。なお、検診を受けるか否かの最終判断は、あくまでもクライアントが行うものであり、本協会認定ホメオパスが強制することはあってはならない。ただし、慢性疾患のクライアントに対しては、病院での定期的な検診を勧めることが望ましい」